



支給決定額		同年月日		令和 年 月 日	
		常务理事	事務長	次長	課(係)長
資格取得日	平・令 年 月 日				
資格喪失日	平・令 年 月 日				
請求期間		不支給期間			
令和 年 月 日から	日間	令和 年 月 日から	日間	金額	
令和 年 月 日まで		令和 年 月 日まで		理由	
支給期間		支給額			
令和 年 月 日から	日間	標報日額 (2/3) × 日 = (産前 日 ・ 産後 日 一括決定)			
令和 年 月 日まで					

出産手当金請求書

(第 回)

愛知県信用金庫健康保険組合理事長 様		令和 2 年 8 月 25 日請求	
下記のとおり請求します		無給になった日から出産後56日まで	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号 (記号)	被保険者(請求者)の氏名	
	100	999	昭和 平成 2 年 10 月 25 日
	事業所 名称	〇〇 信用金庫	被保険者の 住 所
	〇〇 市〇町〇-〇		
出 産 予 定 日	令和 2 年 5 月 7 日	出 産 年 月 日	令和 2 年 5 月 5 日
請 求 期 間	令和 2 年 4 月 1 日 から 令和 2 年 6 月 30 日 まで	出産のため休んだ期間に報酬を受けましたか	はい・いいえ
金 融 機 関 名	〇〇 信用金庫 〇〇 店	預金種別	1 普通 2 当座
		口座番号	0 1 2 3 4 5 6
事 業 主 の 証 明	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
	上記期間の 報酬について	支給	労務に服さなかった期間の出勤簿と賃金台帳の写しを 添付してください
	報酬を支給 した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
	支給した金額	円	事業所の所在地 事業所の 名称 事業主の 氏名
医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明	出産者氏名		
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日 令和 年 月 日
	出産時の数	単胎 ・	・ 死産 (週)
	医療施設の所在地	令和 年 月 日	
医療施設の名称			
医師・助産師の 氏名	電話番号		

R3.6.1

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付印

マイナンバー